

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УДК 616-008.61:159.9
ББК Ю975.3

ГСНТИ 15.21.61

Код ВАК 19.00.07

Абшилава Екатерина Феликсовна,

аспирант, врач, государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области, Детская клиническая больница восстановительного лечения, Научно-практический центр «БОНУМ»; 620144, г. Екатеринбург, ул. Хохлакова, 73; e-mail: 620146.eka_k_f@mail.ru.

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ В ОБЩЕЙ СИСТЕМАТИКЕ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром дефицита внимания, гиперактивность, нарушение психического развития у детей, минимальная дисфункция мозга, психологические и соматические нарушения.

АННОТАЦИЯ: в статье раскрываются теоретические аспекты изучения в психологии синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей, так же представлен анализ различных подходов к рассмотрению данной проблемы в зарубежных и отечественных исследованиях. Так же в статье определена актуальность данной проблемы, выделены и обозначены основные ключевые понятия проблемы гиперактивности, представлены различные точки зрения на природу возникновения гиперактивности у детей, дается характеристика гиперактивного ребенка. В начале статьи обозначена проблема исследования, которая заключается в возрастании количества детей с гиперактивностью. Представлены результаты скрининговых исследований анализ этапов, факторов и компонентов формирования гиперактивности у детей. Раскрываются гендерные особенности гиперактивности у детей. В статье описаны различные концепции, рассматривающие гиперактивность детей с точки зрения медико-биологических, психологических, социальных предпосылок данного явления. Выделяются причины возникновения гиперактивности у детей: причиной нарушений поведения выступает дисбаланс процессов возбуждения и торможения в нервной системе; минимальную мозговую дисфункцию, то есть множество микроповреждений мозговых структур (возникающих вследствие родовой травмы, асфиксии новорожденных и множества подобных причин). Представленный теоретический анализ определил содержание понятия СДВГ, причины и факторы его формирования.

Abshilava Ekaterina Feliksovna,

Post-graduate Student, Physician, State Budgetary Health Care Institution "Sverdlovsk Region Children's Clinical Hospital of Medical Rehabilitation", Scientific-practical Center "BONUM", Ekaterinburg, Russia.

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) IN THE GENERAL TAXONOMY OF MENTAL DEVELOPMENT IN CHILDREN

KEYWORDS: attention deficit hyperactivity disorder, hyperactivity, impaired mental development in children, minimal brain dysfunction, psychological and somatic disorders.

ABSTRACT. The article describes theoretical aspects of a psychological study of the attention deficit hyperactivity disorder in children and presents an analysis of different approaches to the issue in foreign and domestic studies. The article also identifies the urgency of the problem, singles out the key concepts of the problem of hyperactivity, presents different viewpoints on the nature of hyperactivity in children and characterizes a hyperactive child. In the beginning of the article the author formulates the problem of research, which is brought about by the increasing number of children with hyperactivity. The paper presents the results of a screening research analysis of the stages, factors and components in the development of hyperactivity in children, reveals gender peculiarities of hyperactivity in children and describes different concepts that consider hyperactivity of children from the point of view of medico-biological, psychological and social preconditions of this phenomenon. The author distinguishes the following causes of hyperactivity in children: behavioral disorders as a result of disbalance of processes of excitation and inhibition in the nervous system, minimal brain dysfunction, i.e. a number of micro-damages of the brain structures (resulting from birth trauma, neonatal asphyxia and numerous similar reasons). The presented theoretical analysis determined the content of the concept of ADHD and the causes and factors of its formation.

В последние годы в медицинской и психологической практике все чаще встречаются дети с диагнозом «синдром дефицита внимания и гиперактивности» (СДВГ). В подавляющем большинстве случаев лечением детей с дефицитом внимания занимаются изолированно врачи разных медицинских специальностей: невро-

логи, психиатры, педиатры, остеопаты, а также психологи и педагоги. Важно подчеркнуть, что разнообразие подходов к лечению объясняется неоднозначностью причин, содержащихся в анамнезе детей, страдающих СДВГ. Для врача нередко встает вопрос о доминирующем влиянии психологических или соматических нарушений в

данном заболевании. Однако следует признать, что ни один из применяемых сегодня видов лечения не решает в полной мере проблем ребенка, поскольку не учитывает все особенности заболевания, получившего сегодня статус медико-социальной проблемы.

В России проведено два скрининговых исследования по распространенности синдрома: в Москве синдром диагностирован у 28% детей, во Владимире – у 21%. (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова, Е. П. Ларионов).

Согласно Е. Л. Григоренко, Т. М. Марютиной синдром дефицита внимания с гиперактивностью представляет собой хроническое расстройство поведения в детском возрасте, среди клинических проявлений которого называются двигательное беспокойство, импульсивность, невозможность сконцентрироваться. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью представляет собой наиболее распространенную форму хронических нейроповеденческих расстройств детского возраста (Н. Н. Заваденко) [9].

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью включен в основные системы диагностики и классификации психических расстройств – Женевской «Международной классификации болезней», в ее десятой редакции (МКБ-10) (1994) и американском «Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств» (DSM-IV) (1994).

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению причин возникновения СДВГ, единого мнения по этому вопросу до настоящего времени не существует. (З. Тржесоглава, 1986; D. P. Cantwell, 1996; S. Sandler, 1996; F. X. Castellanos, 1997; Л. А. Ясюкова, 1997; Н. Н. Заваденко с соавт., 1998; Н. В. Михайличенко, 2001; И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова, 2002; М. Г. Узбеков, 2006). Отечественными и зарубежными учеными предлагаются различные классификации СДВГ, как клинические (Р. Н. Wender, 1971; Ketal Matier, 1992; Д. Н. Исаев, Б. Е. Микиртумов, 1978; Г. Г. Мендес, 1992; Л. С. Чутко с соавт., 2004), так и этиопатогенетические (J.A.M. Frederiks, 1969; В. А. Красов, 1989; В. М. Трошин, 1994; В. И. Гузева, М. Я. Шарф, 1998; В. А. Степанченко, Н. К. Сухотина, 2009) [3].

Активно обсуждается вопрос о гендерных различиях при СДВГ (Faraoneetal, 1999; G. Biederman, 2005; И. В. Равич-Щербо с соавт., 1999; И. П. Брызгунов и Е. В. Касатикова, 2002). Ведется поиск наиболее эффективной коррекции и лечения данного расстройства (J. H. Neiligenstein, 2000; М. К. Shafritz, 2005, Ю. С. Шевченко, 1998; Н. Н. Заваденко, 1990; А. Э. Тамбиев, 2001; Л. С. Чутко, 2003; Н. К. Сухотина, 2006; О. В. Лапшина, 2008) [1].

Нейромедиаторная концепция описывает возникновение проявлений СДВГ как дис-

баланс и нарушение в функционировании основных медиаторных систем (Т. Б. Дмитриева, А. З. Дроздов, Б. М. Коган, А. J. Zametkin, J. L. Rapoport). Согласно нейрофизиологической теории, при СДВГ проявляется ряд особенностей строения и функционирования структур мозга (Ю. Д. Кропотов, Э. Голдберг, F. X. Castellanos, R. Tannock).

Генетический взгляд на природу СДВГ предполагает поиск генетических факторов и изменений в наследственном материале, обуславливающих возникновение синдрома (A. Thapar, R. H. Perlis, A. E. Doyle, J. W. Smoller) [2].

В рамках медико-биологической концепции подчеркивается роль пре-, пери- и ранней постнатальной патологии, ведущей к морфологическим изменениям мозга и последующему развитию функциональных расстройств, к которым относится СДВГ (И. П. Антонов, Л. О. Бадалян, Д. Н. Исаев). Сторонники нейropsychологической концепции рассматривают проявления СДВГ с позиций недостаточной сформированности ряда высших психических функций, в частности «управляющих функций», вследствие функциональных и органических изменений головного мозга (Н. Н. Заваденко, Н. К. Корсакова, М. В. Denckla, R. A. Barkley).

Дизонтогенетическая концепция определяет СДВГ как вариант сложного асинхронного развития, возникший вследствие диффузного поражения мозга и приводящий к неспецифическим формам реагирования, ассоциированным с психомоторным уровнем реактивности (Л. О. Бадалян, В. В. Ковалев, Г. Е. Сухарева, В. М. Трошин). Исходя из положений концепции макро-социального влияния, СДВГ является общей реакцией части детской популяции на определенные социальные, общекультуральные изменения, происходящие в обществе (Х. Лукерт, Н. G. Rolff, P. Zimmermann) [2].

Социально-психологическая концепция рассматривает формирование СДВГ в контексте внутрисемейных отношений, выделяя психосоциальные факторы риска в качестве основных при развитии синдрома (A. James, J. E. Heininger, S. K. Weiss).

Синдром дефицита внимания и гиперактивности в общей систематике нарушений психического развития у детей принимается как относительно новая (по обозначению), распространенная, используемая при описании поведенческих особенностей форма отклонений. Среди клинических проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью отмечаются двигательное беспокойство импульсивность поведения и мыслей, неспособность учиться на опыте и на сделанных ошибках, недостаток внимания, невозможность сконцентриро-

ваться, легкая переключаемость с одного задания на другое без доведения начатого до конца, рассеянность и т.д. Центральным для постановки заключения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью считается расстройство внимания. Среди сопутствующих проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью часто называется неспособность к обучению, тревожность, делинквентное поведение [9].

История изучения этого заболевания – не длинный, но насыщенный фактами период, составляющий около 150 лет. Впервые описал чрезвычайно подвижного ребенка, который ни секунды не мог спокойно усидеть на стуле, немецкий врач-психоневролог Генрих Хаффман. Он дал ему прозвище Непоседа Фил [1].

Несмотря на то что изучение невротических отклонений поведения и учебных трудностей занимались многие ученые, долгое время не существовало научного определения таких состояний. Были периоды спада и повышенного внимания к этой проблеме. В 1947 г. педиатры попытались дать четкое клиническое обоснование так называемым гиперподвижным детям, у которых часто возникали проблемы с учебой. Однако вопрос о терминологии этого состояния остался нерешенным.

До настоящего времени не было единой точки зрения в отношении названия этого заболевания. Порой авторы вкладывали в один и тот же термин самое различное содержание.

Что такое гиперактивность? «Гипер...» – (от греч. *hyper* – над, сверху) – составная часть сложных слов, указывающая на превышение нормы. Слово «активный» пришло в русский язык из латинского «*activus*» и означает «действенный, деятельный» [1].

Следует отметить, что немного существует заболеваний, имеющих столь многочисленные названия. Мы приведем лишь некоторые из них: «легкая дисфункция мозга», «гиперкинетический хронический мозговой синдром», «легкое повреждение мозга», «легкая детская энцефалопатия», «гиперкинез», «гиперактивность», «гиперкинетические импульсивные нарушения», «минимальная мозговая дисфункция» и многие другие.

Переход к массовому школьному обучению заставил внимательно рассмотреть этот вопрос. Были выделены особые категории детей, плохо справляющихся с учебной деятельностью. Традиционные формы воспитания и обучения оказывались здесь неэффективными, поэтому таких учащихся стали именовать исключительными (в негативном аспекте), подчеркивая болезненную природу их ума и характера.

Французские авторы Ж. Филипп и П. Бонкур в книге «Психологические аномалии среди учащихся» (в переводе на русский язык эта книга вышла в 1911 г.) среди «психически ненормальных учеников» наряду с отсталыми, эпилептиками, астениками, истериками выделяли и так называемых неустойчивых учеников [7].

Термин «легкая дисфункция мозга» появился в периодической медицинской печати в 1963 году после совещания международных экспертов-неврологов, проводившегося в Оксфорде. По крайней мере, 100 клинических проявлений входило в понятие «легкая дисфункция мозга», включая дисграфию (нарушение письма), дизартрию (нарушение артикуляции речи), дискалькулию (нарушение счета), гиперактивность, недостаточную концентрацию внимания, агрессивность, неуклюжесть, инфантильное поведение и другие. Этот термин нелегко вводился в медицинскую среду. Прежде чем в медицинскую терминологию включили понятие «легкая дисфункция мозга», было проведено исследование, в ходе которого 10-ти зарубежным педиатрам были направлены анкеты с вопросом: «Что Вы понимаете под термином “легкая дисфункция мозга”?». Ответы были самыми разными. Подразумевалась и умственная отсталость, и нарушение координации, и другие отклонения вплоть до начальной стадии олигофрении.

В 1966 году S. D. Clemens дал следующее определение этого заболевания у детей: «заболевание со средним или близким к среднему интеллектуальному уровню, с нарушением поведения от легкой до выраженной степени в сочетании с минимальными отклонениями в центральной нервной системе, которые могут характеризоваться различными сочетаниями нарушений речи, памяти, контроля внимания, двигательной функции» [4, с. 15]. По его мнению, индивидуальные различия у детей могут быть результатом генетических отклонений, биохимических нарушений, инсультов в перинатальном периоде, заболеваний или травм в периоды критического развития центральной нервной системы или других органических причин неизвестного происхождения [4, с. 11].

Значительно позднее начали изучать эту проблему отечественные врачи. Наш известный педиатр Ю. Ф. Домбровская в выступлении на симпозиуме, посвященном роли психогенного фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней, который состоялся в 1972 г., выделила группу «трудновоспитуемых» детей, которые доставляют больше всего проблем родителям и педагогам [8, с. 25].

С годами бессилие педагогических методов коррекции гиперактивности становилось все более очевидным. Ведь явно или неявно эти методы опирались на представление об изъянах воспитания как источнике данной проблемы, тогда как ее психопатологическая природа требовала иного подхода. Опыт свидетельствовал, что школьную неуспеваемость гиперактивных детей несправедливо относить на счет их умственной неполноценности, а их недисциплинированность невозможно скорректировать сугубо дисциплинарными методами. Источники гиперактивности следовало искать в нарушениях нервной системы и в соответствии с этим планировать коррекционные мероприятия.

Исследования в этой области привели ученых к выводу, что в данном случае причиной нарушений поведения выступает дисбаланс процессов возбуждения и торможения в нервной системе. Был локализован и «участок ответственности» за данную проблему – ретикулярная формация ствола головного мозга. Этот отдел центральной нервной системы «отвечает» за человеческую энергию, за двигательную активность и выраженность эмоций, воздействуя на кору больших полушарий и другие вышележащие структуры, оказывая на них тонизирующее влияние. Вследствие различных органических нарушений ретикулярная формация может находиться в перевозбужденном состоянии, и поэтому ребенок становится расторможенным [5].

Другие исследователи, непосредственной причиной нарушения называли минимальную мозговую дисфункцию, то есть множество микроповреждений мозговых структур (возникающих вследствие родовой травмы, асфиксии новорожденных и мно-

жества подобных причин). При этом грубые очаговые повреждения мозга отсутствуют. В зависимости от степени поражения ретикулярной формации и нарушений со стороны близлежащих отделов мозга возникают более или менее выраженные проявления двигательной расторможенности. Именно на моторном компоненте этого нарушения и сосредоточили внимание отечественные исследователи, назвав его гипердинамическим синдромом [6, с. 4].

После множества изменений в терминологии заболевания специалисты, наконец, остановились на названии «синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)». Именно под этим названием данная патология вошла в американскую классификацию заболеваний [3, с. 11].

Значительным событием была публикация американскими учеными в 1987 г. рецензии (пересмотра) третьего издания «Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям (DSM-III-R)», что внесло большой вклад в диагностические критерии и даже изменило название заболевания, о чем говорилось выше.

Наличие строгих критериев позволяют стандартизировать методику диагностирования детей с риском такого заболевания и дают возможность сравнивать данные, полученные исследователями в разных странах.

В контексте своего исследования мы предполагаем рассмотреть этиологию, патогенез и клинические проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности в различные периоды онтогенеза, знание которых позволит разработать и теоретически обосновать медико-психологическое сопровождение процесса реабилитации детей с указанным видом патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтхерр П. Гиперактивные дети. Коррекция психомоторного развития. М. : «Академия», 2009. 160 с.
2. Бадалян Л. О. Синдромы дефицита внимания у детей // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. СПб. : Питер, 2010. №3. 95 с.
3. Брызгунов И. П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. М. : Институт Психотерапии, 2009. 196 с.
4. Заваденко Н. Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей. М. : Экмо-Пресс, 2009. 104 с.
5. Чутко Л. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. СПб. : Хока, 2007. 386 с.
6. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. СПб. : Речь, 2007. 158 с.
7. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация ММД. СПб. : Речь, 2010. 183 с.
8. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с минимальными мозговыми дисфункциями. СПб., 2007. 178 с.
9. Russell A. Barkley. The Important Role of Executive and Self-Regulation in ADHD // Russell A. Barkley Official Site, Authority ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 2011. from <http://www.russellbarkley.org>.

LITERATURA

1. Al'tkherr P. Giperaktivnye deti. Korrektsiya psikhomotornogo razvitiya. M. : «Akademiya», 2009. 160 c.
2. Badalyan L. O. Sindromy defitsita vnimaniya u detey // Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva. SPb. : Piter, 2010. №3. 95 s.
3. Bryazgunov I. P. Neposedlivyy rebenok, ili vse o giperaktivnykh detyakh. M. : Institut Psikhoterapii, 2009. 196 s.
4. Zavadenko N. N. Faktory riska dlya formirovaniya defitsita vnimaniya i giperaktivnosti u de-tyey. M. : Ekmo-Press, 2009. 104 s.
5. Chutko L. S. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu i soputstvuyushchie rasstroystva. SPb. : Khoka, 2007. 386 s.
6. Shevchenko Yu. S. Korrektsiya povedeniya detey s giperaktivnost'yu i psikhopatopodobnym sindromom. SPb. : Rech', 2007. 158 s.
7. Yasyukova L. A. Optimizatsiya obucheniya i razvitiya detey s MMD. Diagnostika i kompensatsiya MMD. SPb. : Rech', 2010. 183 s.
8. Yasyukova L. A. Optimizatsiya obucheniya i razvitiya detey s minimal'nymi mozgovymi disfunk-tsiyami. SPb., 2007. 178 s.
9. Russell A. Barkley. The Important Role of Executive and Self-Regulation in ADHD // Russell A. Barkley Official Site, Authority ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 2011. from <http://www.russellbarkley.org>.